

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Factores asociados a la depresion en gestantes del
Instituto Nacional Materno Perinatal**

TESIS

para optar el titulo profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTORES

Mercado Huachupoma, Yisell Diana

Paccori Yanac, Leonor Vanesa

ASESORES

Clara Diaz Tinoco

Oscar Munares

Lima-Perú

2012

Dedicado a Dios, a nuestros queridos padres y a todos aquellos que incondicionalmente nos han apoyado a lo largo de todo este camino.

INDICE

Resumen	3
Capítulo I	
Introducción	5
Capítulo II	
Métodos	11
1. Tipo de estudio	
2. Diseño de estudio	
3. Población de estudio	
4. Muestra	
5. Lugar de estudio	
6. Tiempo del estudio	
7. Variables del estudio	
8. Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos	
9. Plan de procedimientos y análisis de datos	
10. Consideraciones éticas	
11. Consentimiento Informado	
Capítulo III	
Resultados	23
Discusiones	35
Conclusiones	38
Recomendaciones	39
Referencias bibliográficas	40
Anexos	46

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores asociados a la depresión en gestantes. **Diseño:** Casos y controles, corte transversal, retrospectivo. **Lugar:** Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima Perú. **Métodos:** Se aplicó en 226 gestantes (113 deprimidas (casos) y controles 113 no deprimidas (controles) el test de Edimburgo, y el formulario de factores asociados a la depresión en el embarazo; con una alfa de Cronbach =0.807. **Resultados:** Se encontró factores de riesgo con asociación significativa tales como: violencia psicológica en la niñez (OR=1.9 IC 95% 1.1-3.4), violencia psicológica en la adolescencia (OR=2.2 IC 95% 1.2-3.8), antecedente de episodio depresivo (OR=3.7 IC 95% 2.0-7.0), relación regular con la familia (OR=2.8 IC 95% 1.4-5.5), relación regular con la pareja (OR=2.3 IC 95% 1.2-4.3) y violencia psicológica por la pareja (OR=2.6 IC 95% 1.4-4.8). También se halló factores protectores con asociación significativa: buena relación con la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.6), apoyo emocional de la familia (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.4), buena relación con la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.2-0.6), apoyo emocional de la pareja (OR=0.4 IC 95% 0.1-0.9) y embarazo deseado por la pareja (OR=0.3 IC 95% 0.1-0.7). Además, el modelo multivariado encontró que presentar el antecedente de episodio depresivo (OR ajustado=3.4 IC 95% 1.7-6.7), violencia psicológica por la pareja (OR ajustado=2.03 IC 95% 1.01-3.9) y ausencia de embarazo deseado por la pareja (OR ajustado=3.6 IC 95% 1.2-10.57), predicen el 67.3% del problema. **Conclusiones:** Los factores psicológicos personales, familiares y de pareja están asociados significativamente al desarrollo de la depresión en el embarazo.

Palabras clave: Depresión, gestación, factores asociados.

ABSTRACT

Objective: To analyze factors associated with depression in pregnant women at the INMP. **Design:** Case-control, cross-sectional and retrospective study. **Location:** Maternal Perinatal Institute in Lima, Peru. **Participants:** Pregnant women attending the INMP. **Methods:** We applied the test from Edinburgh to the pregnant women attending the institution, to 226 pregnant women were selected and classified into two groups: cases (113 depressed) and controls (113 non-depressed), and then apply the designed interview on factors associated with depression in pregnancy, the interview has been validated (Cronbach's $\alpha=0.807$). **Results:** The risk factors with significant association such as psychological violence in childhood (OR=1.970 IC 95% 1.125-3.451), psychological violence in adolescence (OR=2.203 IC 95% 1.277-3.802), previous episode depression (OR=3.758 IC 95% 2.007-7.039), the relationship with the family (OR=2.812 IC 95% 1.430-5.528), the relationship with the partner (OR=2.356 IC 95% 1.266-4.384) and psychological violence partner (OR=2.687 IC 95% 1.486-4.857). Also found significant association protective factors: good relationship with the family (OR=0.339 IC 95% 0.175-0.655), emotional support to the family (OR=0.366 IC 95% 0.137-0.482), good relationship with partner (OR=0.386 IC 95% 0.213-0.699), partner emotional support (OR=0.412 IC 95% 0.167-0.967) and the couple wanted pregnancy (OR=0.307 IC 95% 0.124-0.755). By the multivariate model were found to present a history of depressive episode (adjusted OR=3.439 IC 95% 1.753-6.747), psychological violence by a partner (adjusted OR=2.003 IC 95% 1.015-3.954) and the absence of pregnancy desired by the couple (adjusted OR=3.647 IC 95% 1.238-10.571), explaining 67.3% of the problem. **Conclusions:** Psychological factors personal, family and partner are significantly associated with development of depression in pregnancy.

Keywords: Depression, pregnancy, factors associated.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos afectivos, sobre todo la depresión, figuran entre los trastornos psiquiátricos más prevalentes en los adultos. El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo, manera de pensar y de concebir la realidad. Así mismo, altera el ciclo normal de sueño, vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima. La depresión afecta a cada persona de una manera distinta en cuanto a la severidad, intensidad y duración de la sintomatología (Asociación Psiquiátrica Americana 2003). Un episodio depresivo se caracteriza por sentimientos de tristeza, agobio y dolor, tiene una duración de por lo menos dos semanas continuadas y ocasiona también cambios en el sueño o en el apetito, cansancio, disminución de la libido y dificultad para concentrarse.

Las mujeres presentan con más frecuencia trastornos del estado de ánimo, siendo dos veces más en las mujeres adultas que en los varones, con una prevalencia de 14 y 21% de prevalencia.⁽¹⁾ Mundialmente, la depresión en mujeres (entre 18 y 44 años de edad) es la causa más frecuente de incapacidad laboral,⁽²⁾ y esta se desarrolla principalmente en la edad reproductiva, sobretodo en la gestación ya que constituye uno de los eventos que coloca a la mujer en una situación más vulnerable tanto por cambios hormonales y situacionales, los cuales podrían tener un rol causal en la depresión posparto o en la gestación.^(3, 4,5)

Los síntomas depresivos durante la gestación se reconocen por la forma de presentación y de la actitud de la embarazada. Es fácil observar reducción de la actividad, inexpressión en el rostro, desinterés en el arreglo personal y en el cuidado del hogar. La impotencia física, el insomnio, la anorexia y la bulimia, las molestias digestivas, la sensación de fatiga al menor esfuerzo y la irritabilidad también pueden estar presentes. La mujer siente y presenta tristeza, desinterés, desconfianza en el futuro, pensamientos pesimistas e ideas de culpabilidad y autorreproche. Estos síntomas se presentan de manera sindrómica, con grados variables de intensidad.⁽⁶⁾ Algunos de estos síntomas pueden malinterpretarse como constelación normal del embarazo y ocasionar el subdiagnóstico de este

trastorno. En muchas ocasiones también puede presentarse con síntomas de ansiedad. Este estado de sufrimiento sostenido alcanza al feto, en el que se han evidenciado trastornos en el neurodesarrollo y alteraciones cognitivas y conductuales.⁽⁷⁾

En una reciente revisión de Cochrane se halló una prevalencia de episodios depresivos durante el embarazo del 10,7%, con un rango entre el 7,4% en el primer trimestre hasta el 12,8% en el segundo y el 12% en el tercer trimestre.⁽⁸⁾ Se ha estimado que el 5% de las mujeres embarazadas en Estados Unidos de América (EUA) sufre de depresión mayor.⁽⁹⁾ Otro estudio epidemiológico realizado en el mismo país⁽¹⁰⁾ encontró una prevalencia de 10% de depresión mayor en mujeres durante la gestación.

En América Latina, las cifras reportadas son aún mayores; Lucia Ortega⁽¹¹⁾, en México, encontró que 21.7% de las mujeres embarazadas de la muestra, podrían estar experimentando “un probable episodio depresivo”. En el Perú, al estudiar la depresión en las embarazadas se encontró una prevalencia del 34,7% en el hospital Cayetano Heredia y del 40,1% en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP).^(12, 13) Juan Escobar⁽¹⁴⁾ en el año 2008 en Perú, al estudiar la relación entre violencia basada en género y depresión post-parto en 100 mujeres atendidas en el hospital San Bartolomé encontró que el 72% ya se sentía deprimida durante el embarazo.

Cuando hablamos de factores asociados a la depresión nos referimos a todas aquellas características asociadas al aumento de la probabilidad de que aparezca el evento enfermedad, se comprometa la salud, calidad de vida o la vida, sin implicar una relación causa-efecto ni la dirección de la misma.

Se piensa que en la etiología de la depresión confluyen factores neurobiológicos y ambientales combinados con una predisposición genética. La evidencia sugiere que el trastorno depresivo está relacionado con la respuesta del cerebro al estrés donde los niveles de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) se encuentran incrementados. Esta hormona es la principal reguladora del eje sistema límbico-hipotalámico-pituitario-adrenal (LHPA). Disturbios en el sistema serotoninérgica 5-

HT1a y 5HT2a, y en el eje LHPA han sido identificados como una alteración neurológica consistente asociada a enfermedades con cambios del humor.⁽¹⁵⁾

Durante la gestación, existen grandes cambios hormonales. Los niveles de progesterona, estradiol, CRH, corticotropina y cortisol se incrementan con la progresión del embarazo. CRH y estrógenos son los principales reguladores del eje LHPA, y causan incremento de la estimulación de corticotropina y consecuentemente el incremento de la secreción de cortisol y glucocorticoides por la corteza adrenal.⁽¹⁶⁾

Al final de la gestación, los niveles de CRH se incrementan y, por este hecho, la secreción placentaria de CRH se eleva en respuesta a la elevación de los niveles del cortisol. Los niveles elevados de cortisol inhiben la síntesis y acciones del estradiol. Los niveles bajos de estradiol del plasma se han asociado a tentativas de suicidio en mujeres no gestantes. Los efectos potencialmente patógenos del incremento hipotalámico del CRH incluyen la depresión melancólica, trastornos alimenticios, y el alcoholismo crónico.⁽¹⁶⁾

Además se cree que la norepinefrina inhibe o estimula una variedad de respuestas tales como la ansiedad, agresividad, estrés y el patrón del sueño. La serotonina está relacionada en la regulación de las emociones y el control de las actividades básicas como el comer, dormir, dolor. Se cree que la depleción de estos neurotransmisores lleva a la depresión.^(17,18)

Respecto a los factores ambientales, diversos estudios han encontrado factores psicológicos asociados a la depresión, así tenemos por ejemplo, los estudios realizados en Lima Perú como el de Hans Contreras y colaboradores⁽¹⁹⁾ donde hallaron que las mujeres que no planificaron su embarazo tuvieron 2,2 veces más probabilidad de presentar trastorno depresivo gestacional. Así mismo, María del Pilar Bao-Alonso⁽¹²⁾ encontró una asociación significativa entre embarazo no deseado y depresión en la gestación ($p=0,021$). Acerca del aborto, se reportan mayor proporción en las gestantes con depresión,⁽²⁰⁾ muchos especialistas

concuerdan en que el hallazgo más consistente tras el aborto, es la depresión acompañada de un sentimiento grande de culpabilidad. ⁽²¹⁾

María del Pilar Bao-Alonso ⁽¹²⁾, encontró que aquellas que tenían el antecedente de historia de depresión previa a la gestación tenían más disposición para desarrollar depresión en el embarazo ($p=0,003$). Marchesi Carlo ⁽²²⁾ en Italia, también señala que las mujeres con alto riesgo de depresión mayor fueron aquellas con un episodio depresivo previo ($OR= 9.5$ IC 95% 2.9-30.8). Asunción Lara ⁽²³⁾ reportó 2 veces probabilidad de depresión en aquellas que presentaban este antecedente ($OR=2.08$). Priscila Pereyra Krauss ⁽²⁴⁾ encontró que el 23% de gestantes reportó una historia previa de depresión, mientras que sólo el 3,3% declaró haber incurrido en tratamiento psiquiátrico previo, concluyendo que la depresión mayor actual se relaciona y asocia a una historia previa de depresión y de cualquier tratamiento psiquiátrico previo.

Así mismo María del Pilar Bao-Alonso ⁽¹²⁾, encontró que uno de los factores asociados a mayores niveles de depresión en gestantes medidos con la EPDS fue embarazo no deseado por la pareja ($p=0,004$).

Provenir de una familia en donde la calidad de relación es pobre incrementa el riesgo para la depresión, además el nivel de depresión se ha relacionado directamente proporcional a esta última. ⁽²⁵⁾ No es de extrañar que la gestante que presente una relación conflictiva con la familia tenga más riesgo de desarrollar depresión comparado con aquellas que si tienen buena calidad de relación.

Los estudios sugieren que la convivencia y el entorno que se vive con la pareja se asocian significativamente a la depresión en el embarazo, una relación problemática incrementa el riesgo de padecerla ($OR=7.8$ IC 95% 1.02-62.7). ⁽²²⁾ La violencia en la mujer se relaciona con baja autoestima, depresión y suicidio. Investigaciones realizadas en otros países señalan que las mujeres maltratadas muestran mayor propensión de acudir a las salas de urgencias, padecer alcoholismo y farmacodependencia, intentar suicidarse y requerir tratamiento psiquiátrico que las no maltratadas ⁽²⁶⁾. Juan Escobar ⁽²⁷⁾ reporta en su estudio que

el 27% de mujeres sufren violencia durante el embarazo, siendo el principal agresor, la pareja.

También se han encontrado trabajos que asocian factores económicos como el de Ricardo Acevedo Da Silva y colaboradores ⁽²⁸⁾ en el Brasil, quienes demostraron la asociación entre provenir de una clase social más baja y la depresión en el embarazo ($p=0,001$). Juana Reyes y colaboradores ⁽²⁹⁾ que concluyeron que las madres que no tienen un trabajo remunerado en algún momento del embarazo, cuentan con una mayor probabilidad de depresión en este tercer trimestre del embarazo con un OR de 2,30 (IC 95% 0,97-5,44).

Así también existen trabajos que relacionan la salud de la gestante con la depresión, Matilde Lena y colaboradores ⁽¹³⁾ reporta una proporción significativamente mayor de casos de depresión entre las mujeres que habían tenido complicaciones durante su embarazo actual con respecto a las que no presentaron complicaciones ($P = 0,044$).

Lee M ⁽³⁰⁾ nos menciona que un historial de consumo de alcohol se asocia significativamente con un mayor riesgo de depresión (OR 2,00, $P < 0,05$). Ricardo Acevedo ⁽²⁸⁾ también encontró asociación entre el tabaquismo ($p < 0,001$) y consumo de alcohol durante el embarazo ($p < 0,001$) con la depresión. Este hallazgo indica que, aunque las mujeres embarazadas pueden sentirse preocupados por las consecuencias negativas del consumo de tabaco sobre el desarrollo del embrión y la descendencia, muchos de ellos no dejan de consumir tabaco durante el embarazo, posiblemente porque la nicotina puede ayudar a hacer frente a algunos de los síntomas psiquiátricos.

La investigación indica que las mujeres de bajos ingresos, que carecen de apoyo social, sufren significativo estrés o eventos negativos en su vida y poseen relaciones poco satisfactorias presentan un riesgo mayor de padecer depresión prenatal. ⁽³¹⁾ La salud mental durante el embarazo es un aspecto que sin duda preocupa a profesionales y a la familia ya que se relaciona con conductas de descuido materno, que pueden afectar la salud del feto y de la madre a corto y a

largo plazo; así también coloca a la mujer en riesgo significativo de sufrir depresión posparto. Se ha enfocado mucho en la realización de estudios para identificar y tratar la depresión posparto (DPP), pero es necesario destacar que una importante proporción de estas mujeres ya han padecido síntomas previos durante su gestación. La depresión antenatal es un trastorno psiquiátrico frecuente y un factor de riesgo para trastornos del humor posparto y no ha sido aún sistemáticamente incorporada dentro de los cuidados prenatales.

Por lo tanto, se propuso realizar esta investigación, para identificar y analizar los factores asociados a la depresión en la gestantes, con la finalidad de ser sustento para la incorporación de nuevas estrategias sanitarias destinadas a mejorar la salud mental del individuo desde etapas tempranas, identificando así los factores de riesgo y corrigiendo su curso mediante la participación tanto del sector salud y la comunidad.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Analizar los factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Objetivos específicos

- ⊗ Determinar la asociación entre los factores psicológicos y la depresión en las gestantes.
- ⊗ Determinar la asociación entre los factores sociales y la depresión en las gestantes.

CAPÍTULO II

MÉTODOS

1. Tipo de estudio: Cuantitativa, analítica.

2. Diseño de estudio: Casos y controles, de corte transversal, retrospectiva.

3. Población de estudio: Corresponde a las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, clasificadas en dos grupos: gestantes con sintomatología de depresiva (casos) y gestantes sin sintomatología depresiva (controles).

© **Unidades de análisis:** La gestante

© **Criterios de inclusión**

Para los casos:

- ✓ Acepte participar en el estudio.
- ✓ Edad mayor a 19 años.
- ✓ Gestante atendida en el INMP
- ✓ Embarazo normal (feto sin malformaciones).
- ✓ Gestación única (un solo feto).
- ✓ Gestante sin trabajo de parto.
- ✓ Gestantes depresivas según el Test de Edimburgo.

Para los controles:

- ✓ Acepte participar en el estudio.
- ✓ Edad mayor a 19 años.
- ✓ Gestante atendida en el INMP
- ✓ Gestación única (un solo feto).
- ✓ Embarazo normal (feto sin malformaciones).
- ✓ Gestante sin trabajo de parto.
- ✓ Gestantes no depresivas según Test de Edimburgo.

© **Criterios de exclusión**

Para los casos:

- ✓ Impedimento de habla.
- ✓ Registro de historia clínica incompleta.
- ✓ Retardo mental

Para los controles:

- ✓ Impedimento del habla.
- ✓ Registro de historia clínica incompleta.
- ✓ Retardo mental

4. Muestra

© **Tipo de muestreo:** Muestreo no probabilístico apareado por día de atención con un rango de ± 2 días y servicio de atención.

© **Tamaño de la muestra:** Para el cálculo de la muestra, tomamos una confianza de 95%, por tanto el Z_{α} corresponde a 1.96. Nuestra proporción esperada (p_1) es del 30% que corresponde al factor de mala relación de pareja durante el embarazo en gestantes con depresión

según el estudio realizado por Martha Blasco y colaboradores⁽²⁰⁾ y p2 es el 47.8% que corresponde a la prevalencia máxima.

La fórmula utilizada es:

$$n = \frac{[Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Aplicando la fórmula:

Reemplazando:

IC= 95%

Casos: 113

Poder =80%

Controles: 113

Z α = 1.96

Tamaño de muestra total =226

Z β = 0.8

P1= 0.3

p2=0.478

p= $\frac{p1+p2}{2}$ =0.40

2

© **Procedimientos de muestreo:** En lo que respecta a los casos la conformaron gestantes con sintomatología depresiva según el Test de Edimburgo que accedieron participar en el estudio de manera voluntaria, los controles están formados por las gestantes sin sintomatología depresiva por el Test de Edimburgo que también nos brindaron su autorización para participar en el estudio de manera voluntaria.

5. Lugar del estudio: Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima – Perú.

6. Tiempo del estudio: seis meses (julio – diciembre 2011)

7. Variables del estudio

Definición conceptual de variables

Variable independiente:

Factores asociados a la depresión: Características asociadas al aumento de la probabilidad de que aparezca el evento enfermedad, se comprometa la salud, calidad de vida o la vida, sin implicar una relación causa-efecto ni la dirección de la misma, se dividen en factores psicológicos y sociales.

a. Factores psicológicos: Características o eventos personales, familiares y conyugales asociados a la presencia de depresión en la gestación.

☉ **Personales:**

- ✓ Embarazo planificado.
- ✓ Antecedente de aborto.
- ✓ Víctima de violencia física, psicológica y/o sexual.
- ✓ Antecedente de episodio depresivo.
- ✓ Antecedente de separación de pareja anterior.

☉ **Familiares:**

- ✓ Tipo de familia (nuclear, monoparental).
- ✓ Relación con la familia (buena, regular, mala).
- ✓ Apoyo emocional de la familia.
- ✓ Procedencia de familia de bajos recursos.

☉ **Conyugales:**

- ✓ Convivencia con pareja actual.
- ✓ Apoyo emocional.

- ✓ Relación con la pareja (buena, regular, mala).
- ✓ Víctima de violencia física y psicológica por la pareja
- ✓ Embarazo deseado por la pareja.

b. Factores sociales: Características o eventos de aspecto económico, salud y ambientales que por estar relacionados con la gestante influirán en la presencia o no de la sintomatología depresiva.

☉ **Económicos:**

- ✓ Apoyo económico por la pareja.
- ✓ Ingreso familiar insuficiente
- ✓ Situación laboral actual de la gestante
- ✓ Situación laboral actual de la pareja (empleada, desempleada y/o empleo inestable)
- ✓ Dificultad para trabajar por: quehaceres domésticos y/o cuidado de los hijos.

☉ **Salud:**

- ✓ Complicación durante el embarazo.
- ✓ Hábito de fumar.

Variable dependiente:

Depresión en la gestante:

Enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima de la gestante.

Variables intervinientes:

Características demográficas y de salud

© *Datos generales:*

- ✓ Edad
- ✓ Estado civil: solteras, convivientes y casadas
- ✓ Grado de instrucción
- ✓ Ocupación
- ✓ Lugar de procedencia
- ✓ Religión
- ✓ Lugar de nacimiento

© *Datos obstétricos:*

- ✓ Fórmula obstétrica
- ✓ Edad gestacional
- ✓ N. control prenatal
- ✓ N. partos por cesárea
- ✓ N. partos vaginales
- ✓ Periodo intergenésico

© *Datos reproductivos:*

- ✓ Menarquia
- ✓ Régimen catamenial
- ✓ Inicio sexual: fecha de inicio de su vida coital.
- ✓ Andría: N° de pareja
- ✓ Dispareunia.
- ✓ Uso de MAC
- ✓ Tipo de MAC

© *Datos de vivienda*

- ✓ Tipo de vivienda (estera, madera, adobe, material noble)
- ✓ Servicios Públicos (agua, luz, desagüe, etc)

8. Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos

© **Método y Técnica:**

Se utilizó el método observacional y la técnica correspondiente de observación documental de historias clínicas completas de las gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal, así también se utilizó el método de la encuesta con la técnica de la entrevista para establecer la relación entre el investigador y el consultado. Tanto a los casos como a los controles se les aplicó el test de Edimburgo para valorar la presencia de síntomas depresivos.

© **Instrumentos:**

- ✓ **Consentimiento informado (Anexo 1):** Corresponde al documento encaminado a dejar constancia del proceso de consentimiento informado, contiene información básica del estudio para asegurar la adecuada participación de la paciente, mediante el cual se obtuvo la autorización sujeto de estudio.
- ✓ **Formato de criterios de selección (Anexo 2):** Corresponde al documento donde se exponen los criterios de inclusión y exclusión para el estudio, este será aplicado tanto para los casos, como para los controles.
- ✓ **Test de Edimburgo (Anexo 3):** Es el documento que fue utilizado en la investigación para determinar y conformar los grupos de estudio. Este test ha sido validado en la población gestante por el estudio llevado a cabo en el INMP por Nelly Lam, Hans Contreras, Elizabeth Mori, Fátima Cuesta, César Gutiérrez, Miluska Neyra, Enrique Gil, Giulianna Córdova; en el trabajo *“Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes”* ⁽³²⁾, en la cual se encontró que la consistencia interna de la EPDS fue *alta* (**coeficiente**

alfa de Cronbach 0,826). El coeficiente de correlación de Pearson fue de 0,541 ($p < 0,001$), lo cual es satisfactorio. El EPDS tiene un punto de corte de ≥ 12 con una sensibilidad de 0.50 y una especificidad de 0.90, para detectar síntomas depresivos durante el embarazo. Y para evitar la posibilidad de confusión debido a los síntomas fisiológicos normales del embarazo, esta escala determina aspectos del humor depresivo no incluyendo ítems somáticos.⁽⁵⁾

- ✓ **Formulario epidemiológico (Anexo 4):** Corresponde al documento que proporciona datos cuantitativos como edad, estado civil, nivel de instrucción, inicio de relaciones sexuales, etc.
- ✓ **Formulario de evaluación de factores (Anexo 5):** Corresponde al documento que proporciona datos cualitativos acerca de factores o características asociados a la depresión en las gestantes como los antecedentes personales, apoyo y tipo de relación con la familia, situación con la pareja, violencia en la familia o de la pareja, problemas relacionados a su salud, etc. Dicha entrevista ha sido validada en el proceso de la investigación.

9. Plan de procedimientos y análisis de datos

© *Procedimientos*

- ✓ **Consentimiento informado:** Se realizó el proceso de consentimiento informado, iniciando con la lectura del mismo, absolución de preguntas y firma del mismo, se entregó una copia del consentimiento al paciente (Anexo 2).
- ✓ **Criterios de Selección:** A las pacientes, luego de presentarles el estudio de forma oral, se procedió a identificarlas para los criterios de selección (criterios de inclusión y de exclusión, marcando un aspa en los casilleros de Si, para los criterios de inclusión y un aspa en los casilleros

de No para los de exclusión). Para la identificación de casos se procedió a aplicar el test de Edimburgo a las gestantes mayores de 19 años, obteniendo para este grupo una puntuación igual o mayor a 12. En los controles se procedió a aplicar el Test de Edimburgo en las gestantes mayores de 19 años, obteniendo para este grupo una puntuación menor a 12.

- ✓ **Identificación de casos:** Se buscó pacientes que acepten de manera voluntaria entrar al estudio y se les aplicó el Test de Edimburgo para identificar los casos (gestantes cuyo Test de Edimburgo sea igual o mayor a 12).
- ✓ **Identificación de los controles:** Se buscó pacientes que acepten de manera voluntaria entrar al estudio y se les aplicó el Test de Edimburgo para identificar los controles (gestantes cuyo Test de Edimburgo sea menor a 12).
- ✓ **Aplicación de instrumentos:** Una vez realizado el proceso de consentimiento y selección de los grupos, se procedió a aplicar los instrumentos de recolección de datos, primero se aplicó el formulario epidemiológico para luego realizar la entrevista.
- ✓ **Despedida:** Una vez concluido la recolección de información, se procedió a agradecer a la paciente por su participación.

© **Plan de tabulación**

Una vez concluida la recolección de datos por medio de los instrumentos (ficha epidemiológica y entrevista estructurada), se procedió a vaciar los datos y tabularlos según las tablas prediseñadas para este fin.

© **Plan de Análisis**

Toda la información, se tabuló en una base de datos del programa estadísticos SPSS. Se procedió a aplicar estadística descriptiva, a las variables cualitativas se aplicó la distribución de frecuencias, proporciones y pruebas de comparación de proporciones de Z con su nivel de significación $p < 0,05$. En las variables cuantitativas se aplicó medidas de tendencia central y de dispersión así como la Prueba t de Student con su nivel de significación $p < 0,05$. Para la determinación de las asociaciones se aplicó la razón de productos cruzados (OR) con sus intervalos de confianza al 95% y sus niveles de significancia $p < 0.05$. Al final se realizó análisis logístico multivariado a las variables con riesgo significativo.

10. Consideraciones éticas

- © *Participación de seres humanos.* El proyecto incluye la participación de seres humanos, por lo que se esperará la aprobación por el Comité de Ética de Investigación del Instituto Nacional Materno Perinatal para el inicio del estudio.
- © *Proceso del consentimiento informado.* Los procesos de recolección de datos de la investigación involucran a sujetos humanos susceptibles de aplicación del consentimiento informado, en este caso se ha elaborado un consentimiento informado para el sujeto de estudio que en este caso son mujeres mayores de 19 el cual se encuentra adecuadamente explicado en la sección procedimientos.
- © *Reclutamiento de los pacientes.* La investigación no discriminará los participantes para el estudio, el primer punto de no discriminación es que se captarán a todos los casos que acepten ingresar al estudio en un periodo de seis meses. Para la garantía de no coacción de los participantes, se procederá a informar verbalmente a la paciente del proyecto de investigación, luego de la aprobación formal se procederá a la lectura y explicación del

estudio y culminará con la firma del consentimiento informado, el cual tendrá hora y fecha indicada, que será anterior a la de recolección de datos, así mismo se entregará un informativo del estudio.

- ⊗ *Consecuencias de la participación en el estudio.* Es un estudio de casos y controles, en el cual, se encuentran ya descritas sus posibles consecuencias. En todo momento las preguntas que se indagarán guardarán la confidencialidad del participante, por lo que no se pedirá nombres y apellidos de cada uno de ellos sino que se asignarán un número ID para asignarlos al estudio.
- ⊗ *Beneficios.* Los beneficios encontrados que dará la investigación serán: para la institución contar información sobre los factores asociados a la depresión en la embarazada. Para los investigadores corresponde su beneficio profesional y académico el investigar en este campo y para las participantes el tener un poco más de información sobre los factores asociados a este evento (la depresión).
- ⊗ *Pago a los participantes.* Por ser un estudio realizado por alumnas del internado de obstetricia, en acuerdo con la Institución y con el objetivo de garantizar una mejor atención en el servicio a la gestante de dicha Institución no se ha estipulado el pago a las participantes.
- ⊗ *Confidencialidad de la información obtenida.* Existen dos métodos para proteger la confidencialidad de los datos, la colecta anónima de los datos y la colecta confidencial de los datos, nosotros hemos creído conveniente realizar el estudio bajo el esquema de colecta confidencial de los datos, los cuales serán conocidos únicamente por el investigador principal y por personas autorizadas por él, este proceso de registro quedará consignado en el consentimiento informado, el cual, se asignará un código correlativo ID para cada paciente, sea este caso o control, luego en los demás formatos únicamente habrá información del código correlativo ID.

- © *Informe de los resultados de las pruebas a los participantes.* Se entregará un informe oral de los datos positivos hallados para cada paciente en la investigación.
- © *Informe al público.* Se espera que los resultados del estudio, sean utilizados para confeccionar protocolos de manejo de la depresión en la gestante por el Instituto Nacional Materno Perinatal, así mismo existe la posibilidad de presentar los informes finales de la investigación para publicaciones en revistas de la especialidad nacionales y extranjeras.

11. Consentimiento informado

El formato del consentimiento informado (autorización del sujeto de estudio: la gestante) se encuentra anexada al final del trabajo.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Se entrevistó a 226 gestantes en el Instituto Nacional Materno perinatal previo consentimiento de las mismas, de las cuales se conformaron en dos grupos: casos (113) y controles (113); siendo clasificadas por medio de la aplicación del TEST DE EDIMBURGO.

Tabla 1a: Características generales de las gestantes deprimidas y no deprimidas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, julio – diciembre 2011

CARACTERÍSTICA GENERALES	CASOS (n=113) %	CONTROLES (n=113) %	<i>p</i>
OCUPACIÓN			
Estudiante	6.2	12.4	0.108 ^a
Ama de casa	61.1	53.1	0.224 ^a
Empleada	12.4	9.7	0.517 ^a
Otro	20.4	24.8	0.429 ^a
GRADO - INSTRUCCIÓN			
Primaria	3.5	0	0.044 ^a
Secundaria	51.3	47.8	0.598 ^a
Superior Técnica	35.4	40.7	0.411 ^a
Superior Universitario	9.7	11.5	0.660 ^a
ESTADO CIVIL			
Soltera	25.7	19.5	0.265 ^a
Unión estable	50.4	59.3	0.178 ^a
Casada	22.1	18.6	0.513 ^a
Otro	1.8	2.7	0.648 ^a
EDAD (media ± DE ^b)	27.65 ± 5.53	27.11 ± 5.89	0.478 ^c

^a Prueba de comparación de proporciones de Z. Nivel de significación $p < 0,05$.

^b Desviación estándar

^c Prueba de la t de Student. Nivel de significación $p < 0,05$.

En la población estudiada se resalta que la ocupación predominante es la de ser ama de casa tanto en los casos (61,1%) y los controles (53,1%). Con respecto al grado de instrucción, predomina la de nivel secundario tanto en los casos (51,3%) y

en los controles (47,8%). La convivencia es el estado civil con mayor proporción en las gestantes estudiadas: casos (50,4%), controles (59,3%). La edad promedio es de 27 años en ambos grupos. En todas las demás variables descritas no se encontraron diferencias significativas ($p < 0.05$) entre las proporciones de ambos grupos.

Tabla 1b: Características generales de las gestantes deprimidas y no deprimidas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, julio – diciembre 2011

CARACTERÍSTICA GENERALES	CASOS (n=113) %	CONTROL ES (n=113) %	<i>p</i>
PROCEDENCIA			
SJL	30.1	25.7	0.460 ^a
Cercado	8	9.7	0.652 ^a
La Victoria	8	7.1	0.797 ^a
El Agustino	5.3	7.1	0.574 ^a
Otros	48.6	50.4	0.786 ^a
LUGAR DE NACIMIENTO			
Lima	66.4	60.2	0.333 ^a
Junín	5.3	9.7	0.209 ^a
Cuzco	3.5	5.3	0.509 ^a
Piura	2.7	5.3	0.318 ^a
Otros	22.1	19.5	0.630 ^a
RELIGIÓN			
Católica	83.2	76.1	0.142 ^a
Evangélica	8	17.7	0.029 ^a
Otra	5.3	1.8	0.155 ^a
Ninguno	3.5	4.4	0.728 ^a

^a Prueba de comparación de proporciones de Z. Nivel de significación $p < 0,05$.

En la siguiente tabla podemos observar que las gestantes en su mayoría provienen del distrito de San Juan de Lurigancho, casos (30,1%) y controles (25,7%). La mayoría ha nacido en el departamento de Lima, 66,4% en el grupo caso y 60,2% en el grupo control. La religión que más profesan las gestantes estudiadas es la católica tanto en los casos (83,2%) como en los controles (76,1%); se halla una proporción significativa ($p=0,029$) en las gestantes de religión evangélica de ambos grupos, siendo la proporción en los controles (17,7%) más del doble que en la de los casos (8%). En todas las demás variables descritas no hay diferencias significativas ($p > 0.05$) en las proporciones encontradas de ambos grupos.

Tabla 2a: Datos obstétricos de las gestantes deprimidas y no deprimidas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, julio – diciembre 2011

DATOS OBSTÉTRICOS	CASOS (n=113) %	CONTROLE S (n=113) %	<i>p</i>
N° GESTACIONES			
1	19	24.3	0.177 ^a
2	15.5	1.6	
3	8.4	4.4	
4	4.9	5.3	
Mayor a 4	2.2	1.3	
Media \pm DE ^b	2.12 \pm 1.18	1.91 \pm 1.17	
N° HIJOS VIVOS			
0	60.2	69	0.109 ^a
1	25.7	23	
2	8.8	5.3	
3	4.4	1.8	
4	0.9	0.9	
Media \pm DE ^b	0.6 \pm 0.89	0.42 \pm 0.75	
N° HIJOS FALLECIDOS			
0	98.2	97.3	0.653 ^a
1	1.8	2.7	
Media \pm DE ^b	0.02 \pm 0.132	0.03 \pm 0.16	
N° ABORTOS			
0	60.2	65.5	0.599 ^a
1	30.1	24.8	
2	8	8	
3	0.9	0.9	
4	0.9	0.9	
Media \pm DE ^b	0.52 \pm 0.76	0.47 \pm 0.76	

^a Prueba de la t de Student. Nivel de significación $p < 0,05$.

^b Desviación estándar

En la tabla se observa que el 19% de los casos y el 24,3% de los controles son primigestas. Siendo el promedio de gestaciones: 2 en el grupo caso y 1 en el grupo control. Con respecto al número de hijos se evidencia que la gran mayoría son nulíparas, caso (60.2%) y control (69%). Hijos fallecidos solo se encontraron 1.8% (casos) y 2.7% (control). También se aprecia que el 60.2% de los casos y 65.5% no tienen antecedente de aborto. No se hallaron diferencias significativas ($p > 0.05$) con respecto a estas variables en ambos grupos.

Tabla 2b: Datos obstétricos de las gestantes deprimidas y no deprimidas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, julio – diciembre 2011

DATOS OBSTÉTRICOS	CASOS (n=113) %	CONTROLE S (n=113) %	<i>p</i>
PIN (total=82)			
Corto (menor de 2 años)	28.3	16.7	0.222 ^a
Adecuado (de 2 a 5 años)	19.5	25	
Largo (mayor de 5 años)	52.2	58.3	
Media \pm DE ^b	5.59 \pm 3.80	6.67 \pm 4.12	
EDAD GESTACIONAL			
I Trimestre (0 -14 ss)	7.1	27	0.560 ^a
II Trimestre (15-28 ss)	23.9	29.2	
III Trimestre (29-41 ss)	69	68.1	
Media \pm DE ^b	29.88 \pm 8.27	30.48 \pm 6.95	
CPN			
0-3	46	36.6	0.233 ^a
4-6	31	43.4	
Más de 7	23	23	
Media \pm DE ^b	4.12 \pm 2.71	4.55 \pm 2.62	
Nº PARTOS VAGINALES (Media \pm DE ^b)	0.44 \pm 0.83	0.27 \pm 0.64	0.075 ^a
Nº CESÁREAS (Media \pm DE ^b)	0.15 \pm 0.49	0.19 \pm 0.51	0.594 ^a

^a Prueba de la t de Student. Nivel de significación $p < 0,05$.

^b Desviación estándar

En esta tabla se aprecia que el tiempo promedio de periodo intergenésico de las gestantes es 5 años (caso) y 6 años (control), siendo predominante el PIN largo. La edad gestacional predominante corresponde al tercer trimestre (69% en grupo caso y 68.1 en grupo control). Con respecto a los controles prenatales el 46.6% de los casos y 36.6 de los controles, tienen de 3 a menos controles. El promedio de partos vaginales (0.44% en grupo caso y 0.27% en grupo control) es mayor a los partos por cesárea. No se hallaron diferencias significativas ($p > 0.05$) con respecto a estas variables en ambos grupos.

Tabla 3: Datos reproductivos de las gestantes deprimidas y no deprimidas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, julio – diciembre 2011

DATOS OBSTÉTRICOS	CASOS (n=113) %	CONTROLE S (n=113) %	<i>p</i>
MENARQUIA (Media \pm DE ^c)	12.9 \pm 1.62	12.98 \pm 1.6	0.712 ^a
EDAD IRS (Media \pm DE ^c)	18.52 \pm 2.29	19.04 \pm 3.43	0.187 ^a
ANDRÍA (Media \pm DE ^c)	1.9 \pm 0.78	1.97 \pm 1.056	0.567 ^a
RÉGIMEN CATAMENIAL (Media \pm DE ^c)	3.91 \pm 1.25	4.16 \pm 1.24	0.136 ^a
DISPAREUNIA			
SI	33.6	27.4	0.311 ^b
NO	66.4	72.6	
USO MAC			
SI	84.1	82.3	0.717 ^b
NO	15.9	17.7	
TIPO USO MAC			
Preservativo	51.3	54	0.684 ^b
ACO	24.8	25.7	0.876 ^b
Inyectable Trimestral	21.2	21.2	1.000 ^b
Inyectable Mensual	22.1	18.6	0.513 ^b

^a Prueba de la t de Student. Nivel de significación $p < 0,05$.

^b Prueba de comparación de proporciones de Z. Nivel de significación $p < 0,05$.

^c Desviación estándar

En esta tabla se aprecia que la edad promedio de la menarquía es 12 años para ambos grupos y la edad de inicio de relaciones sexuales en el grupo caso es de 18 y en el grupo control 19 años. Con respecto al número de parejas sexuales, el promedio en ambos grupos es de 2 parejas sexuales y la duración promedio de la menstruación es 3 días (casos) y 4 días (control), siendo la mayoría de ciclo regular. El 66.4% y 72.6% del grupo caso y control respectivamente no refiere tener dolor en las relaciones sexuales. El 84.1% (casos) y 82.3% (control) han utilizado métodos anticonceptivos, siendo el elegido el preservativo. No se hallaron diferencias significativas ($p > 0.05$) con respecto a estas variables en ambos grupos.

Tabla 4: Datos de vivienda de las gestantes deprimidas y no deprimidas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, julio – diciembre 2011

DATOS DE VIVIENDA	CASOS (n=113) %	CONTROLE S (n=113) %	p
TIPO DE VIVIENDA			
Estera	0.9	1.8	0.557 ^a
Madera	8	4.4	0.261 ^a
Adobe	4.4	4.4	1.000 ^a
Material noble	86.7	89.4	0.531 ^a
SERVICIOS PÚBLICOS			
Agua	97.3	99.1	0.308 ^a
Luz	97.3	99.1	0.308 ^a
Desagüe	89.4	90.3	0.822 ^a
Teléfono	61.9	54	0.229 ^a
Internet	25.7	30.1	0.460 ^a

^a Prueba de comparación de proporciones de Z. Nivel de significación $p < 0,05$.

En esta tabla podemos observar que más del 80% de todas las gestantes habita generalmente en una vivienda de material noble, contando ellas con los servicios públicos básicos: agua, luz y desagüe. No existen diferencias significativas ($p > 0.05$) con respecto a estas variables en ambos grupos.

Tabla 5a: Factores psicológicos personales asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, julio – diciembre 2011

FACTORES PERSONALES	CASOS (n=113) %		CONTROLES (n=113) %		p	OR	IC
	Presente	Ausente	Presente	Ausente			
Embarazo planificado	49.6	50.4	56.6	43.4	0.286	0.75	0.44–1.27
Antecedente de aborto	41.6	58.4	35.4	64.6	0.339	1.30	0.75–2.22
Violencia física en la niñez	32.7	67.3	23	77	0.103	1.62	0.90–2.93
Violencia física en la adolescencia	31.9	68.1	21.2	78.8	0.071	1.73	0.95–3.15
Violencia psicológica en la niñez	41.6	58.4	26.5	73.1	0.017	1.97	1.12–3.45
Violencia psicológica en la adolescencia	48.7	51.3	30.1	69.9	0.004	2.20	1.27–3.80

p: Nivel de significación $p < 0,05$.

OR: Odds Ratio

IC: Intervalo de confianza al 95%

En la siguiente tabla referente a los factores personales podemos observar que la violencia psicológica ocurrida en la etapa de niñez ($p=0.017$, OR=1.97 IC 95% 1.12-3.45) y la adolescencia ($p=0.004$, OR=2.20 IC 95% 1.27-3.80) muestra

asociación significativa para adquirir depresión en la gestación. Existiendo 1,9 veces mayor probabilidad cuando la violencia psicológica en la niñez está presente y terminar con depresión, que cuando no está presente, así mismo existe 2,2 veces mayor probabilidad con la violencia psicológica en la adolescencia.

Tabla 5b: Factores psicológicos personales asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, julio – diciembre 2011

FACTORES PERSONALES	CASOS (n=113) %		CONTROLES (n=113) %		<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>IC</i>
	Presente	Ausente	Presente	Ausente			
Violencia sexual en la niñez	10.6	89.4	5.3	94.7	0.14	2.11	0.76-5.85
Violencia sexual en la adolescencia	9.7	90.3	9.7	90.3	1.00	1.00	0.41-2.41
Antecedente de episodio depresivo	41.6	58.4	15.9	84.1	0.00	3.75	2.00-7.03
Antecedente de separación de pareja anterior	30.1	69.9	25.7	74.3	0.45	1.24	0.69-2.23

p: Nivel de significación $p < 0,05$.

OR: Odds Ratio

IC: Intervalo de confianza al 95%

Las que tuvieron el antecedente de episodio depresivo, mostraron un riesgo 3.7 veces más de padecer depresión de aquellas que no tuvieron este antecedente, siendo esta asociación significativa ($p=0.000$, $OR=3.75$ IC 95% 2.00-7.03).

Tabla 6: Factores psicológicos familiares asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, julio – diciembre 2011

FACTORES FAMILIARES	CASOS (n=113) %		CONTROLES (n=113) %		<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>IC</i>
	Presente	Ausente	Presente	Ausente			
Familia nuclear	29.2	70.8	26.5	73.5	0.65	0.87	0.49-1.56
Familia monoparental	28.3	71.7	24.3	75.2	0.54	1.19	0.66-2.16
Procedencia de familia de bajos recursos	69.9	30.1	62.8	37.2	0.26	1.37	0.79-2.39
Relación buena con la familia (*)	32.7	67.3	14.2	85.8	0.001	0.33	0.17-0.65
Relación regular con la familia	30.1	69.9	13.3	86.7	0.002	2.81	1.43-5.52
Relación mala con la familia	2.7	97.3	0.9	99.1	0.31	3.05	0.31-29.81
Apoyo emocional de la familia (*)	86.7	13.3	94.7	7.3	0.03	0.36	0.13-0.48

p: Nivel de significación $p < 0,05$.

OR: Odds Ratio

IC: Intervalo de confianza al 95%

En esta tabla vemos que los resultados para el tipo de familia y recursos bajos no son significativos ($p>0.05$). La presencia de buena relación con la familia ($p=0.002$,

OR=0.33 IC 95% 0.17-0.65) y el apoyo emocional brindado por esta ($p=0.039$, OR=0.36 IC 95% 0.13-0.48) expresa una protección del 67% y 64% respectivamente, para no desarrollar depresión en aquellas que presentan estos factores comparado a las que no lo presentan. En cambio si la relación con la familia es regular, existe el riesgo de padecer depresión 2.8 veces más en la gestación ($p=0.002$, OR=2.81 IC 95% 1.43-5.52) cuando el factor está presente, que cuando no lo está.

(*) No presentar buena relación con la familia ($p=0.001$, OR=2.95 IC 95% 1.52-5.70) y apoyo emocional brindado por esta ($p=0.039$, OR=2.73 IC 95% 1.01-7.31) incrementan en 2.9 y 2.7 veces más respectivamente la probabilidad de padecer depresión en el embarazo, que cuando está presente.

Tabla 7: Factores psicológicos conyugales asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, julio – diciembre 2011

FACTORES CONYUGALES	CASOS (n=113) %		CONTROLES (n=113) %		<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>IC</i>
	Presente	Ausente	Presente	Ausente			
Convivencia con la pareja actual	79.6	20.4	84.1	15.9	0.38	0.74	0.37-1.46
Apoyo emocional de la pareja (*)	84.1	15.9	92.2	7.1	0.037	0.40	0.16-0.96
Relación buena con la pareja (*)	60.2	39.8	79.6	20.4	0.001	0.38	0.21-0.69
Relación regular con la pareja	33.6	66.4	17.7	82.3	0.006	2.35	1.26-4.38
Relación mala con la pareja	7.1	92.9	1.8	98.2	0.052	4.22	0.87-20.37
Violencia física por la pareja	13.3	86.7	7.1	92.9	0.12	2.009	0.81-4.94
Violencia psicológica por la pareja	40.7	59.3	20.4	79.6	0.001	2.68	1.48-4.85
Embarazo deseado por la pareja (*)	82.3	17.7	93.8	6.2	0.008	0.30	0.12-0.75

p: Nivel de significación $p < 0,05$.

OR: Odds Ratio

IC: Intervalo de confianza al 95%

En la tabla respecto a los factores conyugales, el estudio arrojó efectos protectores significativos para las variables: apoyo emocional de la pareja ($p=0.037$, OR=0.40 IC 95% 0.16-0.96), buena relación con la pareja ($p=0.001$, OR=0.38 IC 95% 0.21-0.69). Existe un 60% de protección cuando hay apoyo emocional y 62% cuando hay buena relación con la pareja, para no desarrollar depresión, comparado cuando no está presente. Sin embargo presentar una relación regular con la pareja ($p=0.006$, OR=2.35 IC 95% 1.26-4.38) incrementa la probabilidad en 2.3 veces más

de padecer depresión respecto al grupo que no lo presenta. También se encontró que la mala relación con la pareja tiene 4.2 veces más probabilidad para la depresión en las gestantes que lo presentan, aunque cabe mencionar que dicho riesgo se encuentra al borde de la significancia ($p=0.052$).

(*) No presentar apoyo emocional de la pareja ($p=0.037$, OR=2.48 IC 95% 1.03-5.98) y de buena relación con esta ($p=0.001$, OR=2.59 IC 95% 1.43-4.68) incrementa 2.4 y 2.5 veces más respectivamente la probabilidad de sufrir depresión, en comparación que cuando está presente.

La variable embarazo deseado por la pareja ($p=0.008$, OR=0.30 IC 95% 0.12-0.75) tiene efecto protector del 70% cuando está presente, que cuando no lo está. En cambio, haber sufrido violencia psicológica por la pareja ($p=0.001$, OR=2.68 IC 95% 1.48-4.85) representa 2.6 veces más probabilidad para adquirir depresión en el embarazo comparado con aquellas que no lo presentan.

(*) El que la pareja no desee el embarazo ($p=0.008$, OR=3.25 IC 95% 1.31-8.04) incrementa el riesgo en 3.2 veces más para desarrollar depresión durante la gestación, que cuando la pareja lo desea.

Tabla 8: Factores sociales económicos asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, julio – diciembre 2011

FACTORES ECONÓMICOS	CASOS (n=113) %		CONTROLES (n=113) %		<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>IC</i>
	Presente	Ausente	Presente	Ausente			
Apoyo económico por la pareja	91.2	8.8	92	4	0.81	0.84	0.34-2.28
Ingreso familiar insuficiente	61.9	38.1	54	46	0.22	1.38	0.81-2.35
Gestante sin empleo	76.1	23.9	67.3	32.7	0.14	1.55	0.86-2.78
Pareja con empleo estable	37.2	62.8	43.4	56.6	0.34	0.77	0.45-1.31
Pareja con empleo inestable	58.4	41.6	54	46	0.50	1.19	0.70-2.02
Pareja sin empleo	6.2	93.8	3.5	96.5	0.35	1.80	0.51-6.32
Dificultad para trabajar por quehaceres domésticos	31.9	68.1	28.3	71.7	0.56	1.18	0.67-2.09
Dificultad para trabajar por cuidado de los hijos	26.5	73.5	16.8	83.2	0.07	1.78	0.93-3.41

p: Nivel de significación $p < 0,05$.

OR: Odds Ratio

IC: Intervalo de confianza al 95%

Concerniente a los factores económicos: apoyo económico por la pareja, ingreso familiar insuficiente, gestante desempleada, pareja con empleo estable, dificultad de la gestante para trabajar por quehaceres domésticos o cuidado de niños, etc. Ninguno de estos factores manifiestan asociación significativa a la depresión durante el embarazo ($p > 0.05$).

Tabla 9: Factores sociales (salud) asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, julio – diciembre 2011

FACTORES /SALUD	CASOS (n=113) %		CONTROLES (n=113) %		<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>IC</i>
	Presente	Ausente	Presente	Ausente			
Complicaciones en el embarazo	50.4	49.6	46.9	53.1	0.59	1.152	0.68-1.94
Hábito de fumar	5.3	94.7	0.9	99.1	0.055	6.280	0.74-53.03

p: Nivel de significación $p < 0,05$.

OR: Odds Ratio

IC: Intervalo de confianza al 95%

Respecto a los factores relacionados a la salud, presentar complicaciones durante el embarazo no muestra asociación significativa ($p = 0.59$). Hallamos que el hábito de fumar incrementa 6.2 veces más la probabilidad de presentar depresión, comparado con las mujeres que no tienen este hábito. Sin embargo, este resultado se encuentra al límite de la significancia ($p = 0.055$) lo que limita su generalización.

MODELO MULTIVARIADO DE FACTORES ASOCIADOS PARA LA DEPRESIÓN EN LA GESTACIÓN.

Para poder explicar mejor el problema de los factores asociados a la depresión en la gestación, se realiza el modelo multivariado de factores con la técnica de la *Regresión Logística Binaria* (realizado en el programa SPSS) ingresando todos los factores que muestran asociación significativa para la depresión.

Tabla 10: Variables ingresadas en el modelo

Variables Paso 1	<i>p</i>	OR	I.C. 95%	
			Inferior	Superior
Violencia Psicológica en la niñez	0.017	1.97	1.12	3.45
Violencia Psicológica en la adolescencia	0.004	2.20	1.27	3.80
Antecedente de Episodio Depresivo	0.000	3.75	2.007	7.03
Relación buena con la familia	0.001	0.33	0.17	0.65
Relación regular con la familia	0.002	2.81	1.43	5.52
Apoyo Emocional de la familia	0.039	0.36	0.13	0.48
Apoyo Emocional de la pareja	0.037	0.40	0.16	0.96
Relación buena con la pareja	0.001	0.38	0.21	0.69
Relación regular con la pareja	0.006	2.35	1.26	4.38
Violencia psicológica por la pareja	0.001	2.68	1.48	4.85
Embarazo deseado por la pareja	0.008	0.30	0.12	0.75

p: Nivel de significación $p < 0,05$.

OR: Odds Ratio de análisis bivariado

IC: Intervalo de confianza al 95%

En la tabla 10, se especifican todas las variables que resultaron significativas con el modelo univariado; ahora lo que realizamos, es ingresar todas estas variables para ver cuáles de estas tienen carácter predictor hacia la explicación del problema de la depresión en las gestantes.

Tabla 11: Pruebas omnibus sobre los coeficientes del modelo

		Chi cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	42,855	11	,000
	Bloque	42,855	11	,000
	Modelo	42,855	11	,000

En la tabla 11, apreciamos que el modelo multivariado aplicado es significativo, por lo tanto podemos estar seguros que las variables resultantes explicaran el problema de este estudio. ($p=0.000$)

Tabla 12: Variables en la ecuación

Variables Paso 1	Sig.	Exp(B))	I.C. 95% para EXP(B)	
			Inferior	Superior
Antecedente de episodio depresivo	,000	3,439	1,753	6,747
Violencia psicológica de la pareja	,045	2,003	1,015	3,954
Embarazo deseado por la pareja (*)	,019	,276	,095	,808

Exp (B): Odds ratio de bondad ajustada (análisis multivariado)

(*) La ausencia de embarazo deseado aumenta la probabilidad en 3 veces más de padecer depresión (OR ajustado=3.617 IC 95% 1.238-10.571 $p=0.019$)

En la tabla 12, nos muestra el resultado de la interacción grupal de todas las variables ingresadas en un inicio, extrayendo al final como variables predictoras que explican el problema de la depresión en la gestación, los siguientes tres factores: Antecedente de Episodio depresivo ($p=0.000$, OR ajustado=3.43 IC 95% 1.75-6.74), Violencia psicológica por la pareja ($p=0.045$, OR ajustado=2.003 IC 95% 1.01-3.95) y Embarazo deseado por la pareja ($p=0.019$, OR ajustado=0.25 IC 95% 0.09-0.80). Concluimos que tener antecedente depresivo incrementa un riesgo de 3.4 veces más para tener depresión, así como padecer violencia psicológica por la pareja aumenta, 2 veces más este riesgo y el que el esposo no desee el embarazo incrementa 3.6 veces más de tener esta enfermedad que aquellas que no lo presentan.

La tabla 13, nos informa el alcance de la explicación al problema por estos tres factores prediciendo la depresión en las gestantes en un 67.3%.

Tabla 13: Clasificación

OBSERVADO	PRONOSTICADO		
	CASOS	CONTROL	CORRECTO %
Casos	72	41	63,7
Control	33	80	70,8

TOTAL GLOBAL	67,3
---------------------	-------------

DISCUSION

En nuestro estudio encontramos que la violencia psicológica en la niñez y la adolescencia, representa un riesgo significativo para presentar depresión durante el embarazo. La violencia psicológica en etapas muy tempranas es crítica porque puede tener consecuencias a corto y largo plazo. Estos hallazgos son consistentes con otros estudios en donde se ha visto que las personas adultas que tenían depresión en los últimos 12 meses, tenían un historial de violencia psicológica en su niñez.⁽³³⁾ El informe de la OMS acerca de la violencia en la niñez y adolescencia enfatiza que muchas veces, esta pasa desapercibida bajo el término de disciplina, existiendo por lo tanto un subregistro de casos.⁽³⁴⁾

Así también las mujeres que presentaron episodio depresivo previo a la gestación tuvieron 3.7 veces más probabilidad para adquirir depresión en el embarazo ($p=0.000$), Marchesi Carlo⁽²²⁾ halló un riesgo más alto ($OR= 9.5$ IC 95% 2.9-30.8). Mientras que Asunción Lara⁽²³⁾ reportó un riesgo menor al nuestro ($OR=2.08$). Bao Alonso⁽¹²⁾ encontró mayor proporción significativa de este antecedente en las gestantes que tuvieron depresión ($p=0.003$). Esto confirma que presentar depresión previo a la gestación, hace más vulnerable a la gestante para desarrollar dicha enfermedad.

Encontramos que cuando hay buena relación con la familia ($OR: 0.38$ $p=0.001$) y existe apoyo emocional ($OR: 0.36$ $p=0.039$) la gestante tiene menos probabilidad de hacer depresión que cuando la relación con la familia es regular ($OR: 2.812$ $p=0.002$). Esto explica que las personas con un historial familiar problemático son más propensas a desarrollar trastornos psiquiátricos. Según Silvia Gaviria⁽²⁵⁾, la calidad de la relación familiar está asociado significativamente al riesgo de depresión ($p=0.001$), siendo el nivel de depresión directamente proporcional al riesgo de pertenecer a una familia con una relación pobre. Nuestros hallazgos contrarrestan los resultados encontrados en otro estudio realizado en la misma institución en donde la falta de apoyo familiar no influyó en la frecuencia de la depresión en la gestación ($p=0.31$)⁽¹³⁾

Nuestros datos encontrados, confirman que el entorno que comparte la gestante con la pareja, juega un rol importante en el desarrollo de la depresión, tener una

relación regular (OR: 2.35 $p=0.006$) y mala (OR: 4.22 $p=0.052$) incrementan los riesgos de padecerla, aunque esta última, esté al borde de la significancia, no se debe descartar, ya que trabajos anteriores concuerdan que la depresión en el embarazo está ligada a la relación problemática con la pareja, incrementando el riesgo en 7.8 veces más a favor de la depresión.⁽²²⁾ Contrario a lo expuesto, hallamos que se debe fortalecer el vínculo con la pareja, ya que contar con buena relación (OR=0.38 $p=0.001$) y apoyo emocional de la pareja (OR=0.40 $p=0.038$) protege a la gestante de la depresión. De igual manera que la pareja desee el embarazo, presenta menor riesgo para la depresión (OR: 0.307 $p=0.008$).

También hallamos que la violencia psicológica implica 2.6 veces más probabilidad para la depresión ($p=0.001$), no hallamos resultados significativos para otros tipos de violencia, pero esto no significa que no tengan importancia, pues la violencia física está muy relacionada a los trastornos psicológicos, obstétricos y neonatales muy bien documentados.⁽³⁶⁾ Además las gestantes que son agredidas por su pareja son más propensas a deprimirse 3.5 veces más que las no son agredidas.⁽³⁵⁾

Los factores sociales económicos no mostraron significancia en nuestro estudio, sin embargo, las carencias económicas están reconocidas como factores de riesgo pues incrementan en 2.3 veces más la probabilidad para padecer depresión en el embarazo.⁽²⁹⁾ Además Acevedo Da Silva⁽²⁸⁾ asoció la depresión en las gestantes con el provenir de bajos recursos ($p=0.001$).

Las complicaciones en el embarazo mostraron riesgos no significativos en nuestro estudio. Sin embargo Matilde Lena⁽¹³⁾ que efectuó su estudio en el mismo lugar al nuestro, reporta una proporción mayor de casos de depresión entre las mujeres que habían tenido complicaciones durante su embarazo actual con respecto a las que no presentaron complicaciones ($p = 0,044$).

Las investigaciones indican que los hábitos nocivos durante el embarazo hacen más propensa a la mujer para desarrollar depresión comparado con aquellas que no lo presentan ya sea el consumo de alcohol (OR=2.00 $p<0.05$)⁽³⁰⁾ y tabaco ($p=0.001$)⁽²⁸⁾ lo cual concuerda con nuestro resultado (OR=6.2 $p=0.055$) aunque

este resultado esté al límite de la significancia, no debemos pasarlo por alto porque implican además de la depresión, resultados perinatales adversos.

Por el análisis multivariado, encontramos que el antecedente de episodio depresivo, violencia psicológica por la pareja y no desear el embarazo por este mismo, predicen la depresión en el embarazo en un 67.3%. Cabe destacar que dichos factores han sido también variables predictoras en otros estudios donde se aplicó el modelo multivariado; confirmando así, que las gestantes tienen más riesgo a deprimirse si se presentan tales factores ya mencionados. ⁽³⁰⁾

Nuestro estudio es un avance importante, porque confirma la asociación de estos factores con la depresión en la gestación en nuestra población, factores que ya han sido estudiados a nivel mundial. Además como reportan los estudios ya realizados en Lima ^(12, 13) existe más prevalencia de depresión en la gestación que en el postparto. Por lo tanto es necesario que se profundice la investigación en este campo.

CONCLUSIONES

Se concluye que los factores psicológicos personales como presentar depresión previa a la gestación y haber sufrido violencia psicológica en la niñez y la adolescencia se asocian a la depresión en el embarazo.

Dentro de los factores psicológicos familiares, tener una buena relación y apoyo emocional de la familia, actúan como factores protectores para la depresión, mientras que tener una relación regular con la familia incrementa el riesgo de padecerla.

Así mismo, los factores psicológicos conyugales tales como sufrir violencia psicológica por la pareja y tener una relación regular con ésta, incrementa el riesgo para adquirir depresión en la gestación. En cambio, tener buena relación y apoyo emocional de la pareja y que éste deseé el embarazo, protege disminuyendo la probabilidad de padecer depresión en el embarazo.

Además, haber sufrido depresión previa a la gestación, violencia psicológica por parte de la pareja y que éste no deseé el embarazo son factores predictores significativos para la depresión en el embarazo.

RECOMENDACIONES

- © El presente estudio ofrece información sobre los factores de riesgo asociados a la depresión en la gestación que puede ayudar a implementar y evaluar métodos para la prevención y tratamiento precoz de la depresión durante la gestación.
- © Es necesario que se realicen estudios con mayor tamaño de muestra, que puedan arrojar resultados más cercanos a la realidad de la problemática en la población peruana. Además es necesario realizar estudios de seguimiento a la gestante para ver la magnitud y el curso de la depresión a lo largo del embarazo en nuestra población y determinar las características que presenta con respecto al inicio, duración, tipo de depresión, factores que desencadenan el evento en determinado periodo del embarazo, etc.
- © Es de vital importancia debido a las consecuencias funestas que conlleva la violencia y la depresión en la gestante que se debe trabajar de manera multisectorial implicando a todos los agentes, sea individuo, familia, comunidad y estado para poder entender y detectar precozmente los factores de riesgo y factores de protección relacionados a la violencia.
- © Así mismo, se debe implementar y mejorar los servicios de psicoprofilaxis y estimulación prenatal, con el enfoque de vinculación de padre-madre-bebé en todos los establecimientos de salud. Por lo tanto, los gestores en salud deben complementar el control prenatal con estos servicios educativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bixo M, Sundstrom-Poromaa I, Bjorn I, Astrom M. Patients with psychiatric disorders in gynecologic practice. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185 (2): 396–402. Stewart D. Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician* 2005; 51: 1061-3.
2. Stewart D. Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician* 2005; 51: 1061-3.
3. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Astrom M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189 (1): 148–54.
4. World Health Organization. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: report of the meeting held in Geneva, Switzerland, 30 January - 1 February, 2008. Geneva: WHO Press; 2008.
5. Luna Matos LM, Otarola Gutierrez F, Almendras Jaramillo M, Jara Pereda L, Chuquizuta Ramos C. La depresión no respeta la gestación. *Revista de psiquiatría y salud mental. /Hospital Hermilio Valdizán. Perú – Lima* 2006. Volumen 7. Número 1. Enero - julio 2006, pp 41-47.
6. Llanos Herrera M. Depresión en el embarazo: Importancia y propuesta de intervención. *Fronteras en Obstetricia y Ginecología*. Dic. 2002; 2(2): pág.21.
7. Luján Draghi S. Depresión en el embarazo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. Diciembre 2009 Volumen 88 - N° 982.
8. Dennis C-L, Ross Le, Grigoriadis S. Intervenciones psicosociales y psicológicas para el tratamiento de la depresión prenatal (Revisión Cochrane

- traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
9. Oren D. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 666-9.
 10. Cohen LS, Rosenbaum JF. Psychotropic use during pregnancy: weighing the risks. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59: 18-28.
 11. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Revista de reproducción humana perinatal*. Enero – marzo, 2001. Volumen 15. Número 1, pp 11-20.
 12. Bao-Alonso M, Vega-Dienstmaier JM, Saona-Ugarte P. Prevalencia de depresión durante la gestación. *Revista de Neuropsiquiatría*, 2010, 73 (3).
 13. Luna Matos LM, Salinas J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Panamericana de salud pública*. 2009, Volumen 26(4).
 14. Escobar Montalvo, JM. Violencia basada en género y depresión post-parto en el Hospital San Bartolomé. Tesis para optar el título de médico cirujano/Universidad Nacional Mayor de San Marcos/facultad de medicina/E.A.P. Medicina Humana. Lima- Perú 2008.
 15. Farvolden P, Kenedy SH, Lam RW. (2003). Recent developments in the psychobiology and pharmacotherapy of depression: optimizing existing treatments and novel approaches for the future. *Expert Opin Investing Drugs*, 12: 65-86.

16. Heather A, Bennett ET AL. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: Systematic Review *Obstetrics & Gynecology*, 103: 698-709.
17. Nestler EJ, Barrot M, Dileone RJ ET AL. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34: 13-25.
18. Pfof KS, Stevens MJ, Lum CU (1990). The relationship of demographic variables, antepartum depression, and stress to postpartum depression. *J clin Psychol*, 46:58-92.
19. Contreras H, Lam N, Gutiérrez C. Embarazo no planificado y depresión mayor en mujeres gestantes de Lima Metropolitana. Estudio multicéntrico en tres Hospitales de Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HONADOMANI), Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HAL) mayo – junio 2008. *Anales de la facultad de medicina. UNMSM*. 2008, 69 (suplemento 1).
20. Blasco M, Monedero C, Alcalde J, Criado C, Criado F, Abehsera M. Estrés, ansiedad y depresión en gestantes controladas en la unidad de ginecología psicomática del Hospital Materno-Infantil de Málaga. Programa de Obstetricia y Ginecología. España 2008; 51:334-41.
21. Jiménez Garrote JL. Aborto. *Revista del centro de bioética Juan Pablo II*, Septiembre/diciembre del 2006, Vol. 6 N. 5.
22. Marchesi, Carlo MD; Bertoni, Silvia MD; Maggini, Carlo MD *Obstetrics & Gynecology*: June 2009 - Volume 113 - Issue 6 - pp 1292-1298.
23. Lara A, Navarro C, Navarrete L, Cabrero A, Almanza J, Morales F, Juarez F. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de 3 instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental*, Julio-Agosto 2006, Vol: 29 N. 4.

24. Pereira Krauss P ET AL. La depresión durante el embarazo: factores de riesgo entre las mujeres que asisten a una clínica de salud pública en Río de Janeiro, Brasil. Prevalencia Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, Diciembre 2009, v. 25, n. 12.
25. Gaviria S, Rodríguez MA, Álvarez T. Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia, 2000. Revista chilena de neuropsiquiatría. 2002; 40(1): 41-46.
26. Valdez Santiago R, Sanín Aguirre LH. La violencia domestica durante el embarazo y su relación con el bajo peso al nacer. Revista de Salud Pública de Mexico, septiembre-octubre, 1996/vol. 38, número 5.
27. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: se encuentra asociado con violencia basado en género. Perú 2009; 70 (2): 115-118. Anales de facultad de medicina UNMSM.
28. Silva Azevedo R DA ET AL. La depresión durante el embarazo en el Brasil el sistema de salud pública. Revista brasileira de psiquiatria, São Paulo, Junio 2010. V. 32, n. 2.
29. Reyes López J, Urtaran Ibarzabal Z, Prieto Domenech S, Herraiz Soler Y. Depresión durante el embarazo. Enfermería integral Junio-2008. Disponible en: www.enfervalencia.org/ei/82/articulos-cientificos/3.pdf
30. Lee, M. Antonieta PhD, Lam, Siu Keung MD; Sze Mun Lau, Stephanie Marie BsocSc; Chong, Catherine Shiu Yin MBBS; Chui, Ala Wai MPH 1 ; Fong, Daniel Yee Tak PhD 2 . Prevalencia, curso natural y factores de riesgo para la ansiedad y la depression prenatal. Obstetricia y Ginecología: Noviembre de 2007-Tomo 110-Número 5-pp 1102-1112.
31. Lartigue T, Maldonado-Durán JM, González-Pacheco I, Saucedo-García JM. Depresión en la etapa perinatal. Perinatol Reprod Hum 2008; 22: 11-131.

32. Lam N, Contreras H, Mori E, Cuesta F, Gutiérrez C, Neyra M, Gil E, Córdova G. Comparación de dos cuestionarios autoaplicables para la detección de síntomas depresivos en gestantes. *Anales de la facultad de medicina. UNMSM*. 2009, 70 (1), 28-32.
33. Kessler RJ, Magee WJ. Adversidades la depresión infantil y para adultos: patrones básicos de la asociación en una encuesta nacional de EE.UU. *Medicina Psicológica* 1993, 23, pp 679-690.
34. Pinheiro PS. Acabar con la violencia contra los niños, niñas y adolescentes. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/capitulo0\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/capitulo0(2).pdf)
35. Sánchez Jiménez B. Violencia conyugal y depresión en el embarazo. *Salud Pública de México* / vol. 50, no. 5, septiembre-octubre de 2008.
36. Collado Peña S, Villanueva Egan LA. Violencia familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetricia. *Revista de Ginecología y obstetricia, México* 2005; 73:250-60.

ANEXOS

Anexo 1

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Factores asociados a la depresión en gestantes atendidas en el INMP Perú – 2011

Consentimiento Informado

Yisell Mercado Huachupoma

Alumna de pre-grado

E.A.P Obstetricia.

UNMSM

Yiseli_168@hotmail.com

Vanesa Paccori Yanac

Alumna de pre-grado

E.A.P Obstetricia.

UNMSM

Liberryymo@hotmail.com

El presente estudio tiene la intención de analizar los factores asociados a la depresión en la gestante, sean estos psicológicos y sociales, así como también investigar su repercusión en el embarazo con la finalidad de brindar una mejor atención a la usuaria gestante.

Estimada señora

Estamos llevando a cabo un estudio de investigación a fin de averiguar los factores asociados a la depresión en la gestante, la participación de su persona es importante, voluntaria e incluirá solamente pacientes que deseen participar. Para ello, se está pidiendo su autorización para dicho estudio, si usted acepta, quiere decir que el investigador le ha indicado a usted de forma verbal, así como escrita lo siguiente: el propósito del estudio, participación, riesgos, incomodidades, costos, beneficios, confidencialidad y problemas o preguntas.

Propósito del estudio

El propósito del estudio de investigación es analizar los factores asociados a la depresión en la gestante (pacientes con sintomatología depresiva según el test de Edimburgo) y compararlos con un grupo que no presenta sintomatología depresiva según dicho Test para así determinar la asociación existente.

¿En qué consistirá su participación?

Una vez autorizada su participación, el investigador le aplicará el test de Edimburgo, para luego proceder a revisar su historia clínica, donde buscará algunos datos de la Investigación, luego procederá a entrevistarla para indagar los factores ya mencionados.

Riesgos, incomodidades y costos de su participación

Con respecto a los riesgos, estos ya han sido estudiados y usted pasará por riesgos identificados, por lo que se ha planteado que no tendrá mayor riesgo que la población general. El estudio no tendrá costo para usted. En todo momento se evaluará si se encuentra en posición de poder hacer uso de la palabra; su negativa a no participar en el estudio, no afectará ningún servicio que usted o alguno de sus familiares pueda tener por parte del sistema de salud.

Beneficios

Los beneficios encontrados que dará la investigación serán: para la institución contar información sobre los factores asociados a la depresión en la gestante. Para los investigadores corresponde su beneficio profesional y académico el investigar en este campo y para las participantes el tener un poco más de información sobre los factores asociados a este evento (la depresión).

Confidencialidad de la información

Toda información que usted nos proporcione será totalmente confidencial, los nombres y apellidos de cada participante quedará a custodia del investigador, por un periodo no mayor de 5 años, posteriormente los formularios serán eliminados.

Problemas o preguntas

En todo momento se garantizará la posibilidad de retirarse del estudio y no tendrá incomodidad alguna por ello, si usted tuviera alguna pregunta podrá hacerla al profesional que realizará la entrevista; si luego de ser entrevistada quisiera no participar en el estudio comuníquese con el investigador para cualquier consulta o retiro del estudio.

Consentimiento / Participación voluntaria

Por lo expuesto comprendo que mi autorización es importante para el estudio de investigación. Sé que mis respuestas a las preguntas serán utilizadas para fines de

investigación y no se identificará. También se me informó que si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan recibir por parte de los profesionales de este Instituto. Comprendo que el resultado de la investigación será presentado a la comunidad científica para su mejor comprensión.

Declaración de la Paciente

He leído y he entendido la información escrita en estas hojas y firmo este documento autorizando mi participación en el estudio, con esto no hay renuncia mía a nuestros derechos como pacientes o ciudadanos. Mi firma indica también que he recibido una copia de este consentimiento informado.

Nombre del participante

Firma del Participante

Nombre del investigador

Firma del investigador

ID: _____

Fecha ____/____/____

Hora: _____

Anexo 2

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Factores asociados a la depresión en gestantes atendidas en el INMP Perú - 2011

ID: _____

Fecha ____/____/____

Hora: _____

Criterios de selección CS

	Si	No
Criterios de inclusión		
1. Acepte participar en el estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Edad mayor a 19 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gestante atendida en el Instituto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gestación única (un solo feto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Embarazo normal (feto sin malformaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gestante sin trabajo de parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Paciente con test de Edimburgo mayor o igual a 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Paciente con test de Edimburgo menor a 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Criterio de exclusión

9. Impedimento del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Registros de historia clínica incompletos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Retardo mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota. Para ser considerado caso, se tiene que marcar un aspa en SI en los ítems 1 al 7 y NO en los ítems 8 al 11.

Para ser considerado control, se tiene que marcar un aspa en SI en los ítems 1 al 6 y 8 NO en los ítems 7 y 9 al 11.

Observaciones

Apellidos y nombres del registrador

Firma

Establecimiento de salud: _____

Departamento: _____

Anexo 3

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS) (Validado para el periodo prenatal)

ID: _____

Fecha ____/____/____

Hora: _____

Nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo; por favor subraye la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:

- 0 Tanto como siempre
- 1 No tanto ahora
- 2 Mucho menos
- 3 No, no he podido

6. Las cosas me oprimen o agobian:

- 3 Sí, la mayor parte de las veces
- 2 Sí, a veces
- 1 No, casi nunca
- 0 No, nada

2. He mirado el futuro con placer:

- 0 Tanto como siempre
- 1 Algo menos de lo que solía hacer
- 2 Definitivamente menos
- 3 No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:

- 3 Sí, la mayoría de las veces
- 2 Sí, a veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:

- 3 Sí, la mayoría de las veces
- 2 Sí, algunas veces
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nunca

8. Me he sentido triste y desgraciada:

- 3 Sí, casi siempre
- 2 Sí, bastante a menudo
- 1 No muy a menudo
- 0 No, nada

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

- 0 No, para nada
- 1 Casi nada
- 2 Sí, a veces
- 3 Sí, a menudo

9. He sido tan infeliz que he estado llorando:

- 3 Sí, casi siempre
- 2 Sí, bastante a menudo
- 1 Sólo en ocasiones
- 0 No, nunca

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:

- 3 Sí, bastante
- 2 Sí, a veces
- 1 No, no mucho
- 0 No, nada

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

- 3 Sí, bastante a menudo
- 2 A veces
- 1 Casi nunca
- 0 No, nunca

Anexo 4

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Factores asociados a la depresión en gestantes atendidas en el INMP Perú - 2011

Formulario Epidemiológico

ID: _____

Fecha ____/____/____

Hora: _____

PREGUNTAS. Marque con un aspa la opción según crea conveniente

I. DATOS GENERALES

1. Edad [____] años

2. Ocupación

Estudiante	[1]
Ama de casa	[2]
Empleada	[3]
Otro	[4]

3. Grado de instrucción

4. Estado civil

Ninguno	[0]	Soltera	[1]
Primaria	[1]	Unión estable	[2]
Secundaria	[2]	Casada	[3]
Superior Técnica	[3]	Otro	[4]
Superior Universitaria	[4]		

5. Procedencia: _____ (distrito)

6. Religión:

Católica....1 Evangélica.....2 Otra.....3 Ninguno.....4

7. Lugar de nacimiento: _____ (departamento)

II. DATOS OBSTETRICOS

8. G__ P__/_/_/_/_/___

9. periodo intergenésico: _____

10. Edad Gestacional: _____

11. NCP: _____

12. N⁰ cesáreas: _____

13. N⁰ parto vaginales: _____

III. DATOS REPRODUCTIVOS

14. Menarquia_____ años

15. Régimen catamenial_____/____

16. Dispareunia Si___ No___

17. Uso de MAC Si___ No___

18. Tipo de MAC

Ninguno [0]

Retiro [1]

Control de días fértiles [2]

Preservativo [3]

19. IRS _____ años

20. Andría_____

Injectable mensual [4]

Injectable trimestral [5]

Oral Combinado [6]

Dispositivo Intrauterino [7]

IV. DATOS DE VIVIENDA

21. Tipo de vivienda

Esteras [1]

Madera [2]

Adobe [3]

Material noble [4]

21. Servicios públicos

Agua [1]

Luz [2]

Desagüe [3]

Teléfono [4]

Internet [5]

Anexo 5

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Factores asociados a la depresión en gestantes atendidas en el INMP Perú – 2011

Formulario de evaluación de factores

PREGUNTAS. Marque con un aspa la opción según crea conveniente:

FACTORES PSICOLOGICOS

1. Factores personales

	Presente	Ausente
1. Embarazo planificado	[]	[]
2. Antecedente de aborto	[]	[]
3. Ha sido víctima de violencia física en su niñez (hasta 9 años)	[]	[]
4. Ha sido víctima de violencia física en la adolescencia (10-19 años)	[]	[]
5. Ha sido víctima de violencia psicológica en su niñez (hasta 9 años)	[]	[]
6. Ha sido víctima de violencia psicológica en la adolescencia(10-19 a)	[]	[]
7. Ha sido víctima de violencia sexual en su niñez (hasta 9 años)	[]	[]
8. Ha sido víctima de violencia sexual en la adolescencia(10-19 años)	[]	[]
9. Antecedente de episodio depresivo	[]	[]
10. Antecedente de separación de pareja anterior	[]	[]

2. Factores familiares:

	Presente	Ausente
1. Procede de familia tipo nuclear (conformado por madre, padre y hermanos solamente)	[]	[]
2. Procede de familia monoparental conformado sólo por papá o por mamá.	[]	[]
3. La relación con su familia es buena	[]	[]
4. La relación con su familia es regular	[]	[]
5. La relación con su familia es mala	[]	[]
6. Cuenta con el apoyo emocional de su familia	[]	[]
7. Procede de familia de bajos recursos	[]	[]

3. Factores conyugales:

	Presente	Ausente
1. Convivencia con pareja actual	[]	[]
2. Cuenta con el apoyo emocional de la pareja	[]	[]
3. La relación con la pareja es buena	[]	[]
4. La relación con la pareja es regular	[]	[]
5. La relación con la pareja es mala	[]	[]
6. Ha sufrido violencia física por parte de su pareja actual	[]	[]
7. Ha sufrido violencia psicológica por parte de su pareja actual	[]	[]
8. Embarazo deseado por la pareja:		
Si []	No []	No sabe []

FACTORES SOCIALES

4. Factores económicos

	Presente	Ausente
1. Apoyo económico por la pareja	[]	[]
2. Ingreso familiar insuficiente	[]	[]
3. La gestante no cuenta con empleo	[]	[]
4. La pareja cuenta con empleo estable	[]	[]
5. La pareja cuenta con empleo inestable	[]	[]
6. La pareja no cuenta con empleo	[]	[]
7. Dificultad de trabajar por quehaceres domésticos	[]	[]
8. Dificultad de trabajar por cuidado de los hijos	[]	[]

5. Factores relacionados a la salud personal

	Presente	Ausente
1. Presentó alguna complicación durante su embarazo	[]	[]
2. Tiene el hábito de fumar	[]	[]